

MEDISCHE ANAMNESE – GEZONDHEIDSVRAGENLIJST TANDHEELKUNDE

Naam: _____ m/v datum: _____

Geb.datum: _____

Aan de hand van dit anamneseformulier wordt er geïnformeerd naar uw medische voorgeschiedenis en het gebruik van medicijnen, die uw mondgezondheid kunnen beïnvloeden. Dit kan beperkingen opleggen aan de uit te voeren behandeling of tot het nemen van voorzorgsmaatregelen. Aan de hand van de vragenlijst kan de behandelaar het medisch risico bepalen dat zou kunnen ontstaan tijdens een behandeling. **Uw gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en worden uiteraard strikt vertrouwelijk behandeld.**

Omcirkel bij de volgende vragen het antwoord dat het meest van toepassing is (ja of nee). Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

- | | |
|---|--------|
| 1. Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?
Zo ja, wat? | Ja/nee |
| 2. Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?
Zo ja, waarvoor? | Ja/nee |
| 3. Bent u de afgelopen jaren opgenomen geweest in een ziekenhuis?
Zo ja, waarvoor? | Ja/nee |
| 4. Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?
Zo ja, welke ziekte? | Ja/nee |
| 5. Bent u ergens allergisch voor? | Ja/nee |
| 6. Heeft u een hartinfarct gehad? | Ja/nee |
| 7. Heeft u last van hartkloppingen | ja/nee |
| 8. Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld? | Ja/nee |
| 9. Heeft u pijn op de borst bij inspanningen en/of bij emoties? | Ja/nee |
| 10. Heet u last van gezwollen enkels/voeten? | Ja/nee |
| 11. Wordt u kortademig als u plat in bed ligt | ja/nee |
| 12. Bent u bij inspanning kortademig | ja/nee |
| 13. Heeft u een hartklepgebrek of een kunsthartklep? | Ja/nee |
| 14. Heeft u een aangeboren hartafwijking? | Ja/nee |
| 15. Heeft u een pacemaker (of ICD)? | Ja/nee |
| 16. Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst | ja/nee |
| 17. Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling? | ja/nee |
| 18. Heeft u last van hyperventileren? | ja/nee |
| 19. Heeft u epilepsie, vallende ziekte? | ja/nee |
| 20. Heeft u wel eens een hersenbloeding of beroerte (of TIA) gehad? | Ja/nee |

21. Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja/nee
22. Heeft u suikerziekte? Ja/nee
23. Heeft u bloedarmoede? Ja/nee
24. Heeft u wel eens langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/
kiezen of na operatie of verwonding? Ja/nee
25. Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja/nee
26. Heeft u een nierziekte? Ja/nee
27. Heeft u chronische maagdarmklachten? Ja/nee
28. Heeft u een aandoening van de schildklier? Ja/nee
29. Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten? Ja/nee
30. Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte? ja/nee
31. Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals? Ja/nee
32. Rookt u? ja/nee
33. Gebruikt u alcohol? Ja/nee
34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Ja/nee
35. Vrouwen – bent u zwanger? Ja/nee
36. Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja/nee
37. Gebruikt u momenteel medicijnen? Ja/nee
- Zo ja, vermeld hieronder welke medicijnen u gebruikt (graag ontvangen wij tevens een uitdraai van uw medicijnenlijst van uw apotheek)